



**THERAPIEHAUS  
FEUERSTEIN**

## ELTERNFRAGEBOGEN

Kind bzw. Jugendliche/r

Name, Vorname	Sorgerecht (bitte alle Sorgeberechtigten angeben)
Geburtsdatum	Krankenkasse / Ort / Hauptversicherter
Anschrift	Geburtsort und evtl. Krankenhaus
	Name der Mutter bei Geburt des Patienten

### Leibliche Eltern

Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Anschrift	Anschrift
Telefon	Telefon
Beruf	Beruf
Leibliche Geschwister des Pat. (Name, Vorname, Geb.Dat.)	Leibliche Geschwister des Pat. (Name, Vorname, Geb.Dat.)

Stief-/  Adoptiv-/  Pflege-Eltern

Mutter	Vater
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße, Nr.	Straße, Nr.
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort
Telefon	Telefon
Beruf	Beruf